

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE  
CURSO DE PSICOLOGIA**

---

**BARBARA VIDAL LOGULLO**

**IMPACTO PSICOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA  
A PARTIR DA TEORIA DA TERAPIA COGNITIVA**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani**

**SANTOS**

**2020**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE  
CURSO DE PSICOLOGIA**

---

**IMPACTO PSICOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA  
A PARTIR DA TEORIA DA TERAPIA COGNITIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista,  
curso de Psicologia

**Discente: Barbara Vidal Logullo**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani**

**SANTOS**

**2020**

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L832i Logullo , Barbara Vidal .  
Impacto psicológico do câncer de mama a partir da  
teoria da terapia cognitiva. / Barbara Vidal  
Logullo ; Orientador Ricardo da Costa Padovani  
Padovani. -- Santos, 2020.  
37 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Psicologia) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. câncer de mama . 2. mulheres . 3. terapia  
cognitiva. I. Padovani, Ricardo da Costa Padovani,  
Orient. II. Título.

CDD 150

*À minha mãe Marisol e minha avó Leonor; e a  
tantas outras mulheres que imprimem  
diariamente em seus corpos a convivência com  
o câncer de mama.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu pai, Arnold, e minha mãe Marisol, por sempre apoiarem minhas empreitadas, como foi a de cursar Psicologia na Universidade Federal de São Paulo. À minha irmã Debora, por todo o carinho compartilhado. À minha avó Leonor por, sem saber, me inspirar nos cuidados à saúde mental com suas histórias e vivências.

A todas e todos os docentes e técnicos que participaram de minha formação acadêmica, e em especial meu professor e orientador deste trabalho, Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani, por aceitar me orientar remotamente em tempos de pandemia e com um cronograma apertado, mas sem jamais deixar de lado a dedicação à ciência, à pesquisa, às minhas ideias e o respeito pelo meu ritmo de escrita. À Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista, por suas atuações como docente e diretora de campus, que me inspiraram a sempre buscar um olhar mais humanizado em minha própria atuação como estudante, pesquisadora e futura psicóloga. À Profa. Dra. Tânia T. Scudeller, por me proporcionar, por meio da extensão PREAMAR e de seu trabalho no Instituto NeoMama, uma aproximação riquíssima com tantas mulheres incríveis que enfrentam o diagnóstico de câncer de mama. Entre elas, faço aqui uma menção honrosa à Wilma Aparecida Guimarães da Silva, cuja vida se foi no ano de 2019, em meio a tantas selfies, risadas e participações assíduas dos projetos universitários da UNIFESP.

A todas, todas, todas as mulheres em enfrentamento do câncer de mama que cruzaram meu caminho durante a trajetória universitária ou vida pessoal, sendo nos estágios, ações de extensão, contatos sociais e demais ocasiões.

A todas as minhas amigas e amigos, sem os quais não teria sido possível concluir a graduação com tanto afeto, reflexões e festejos compartilhados. Vocês me ajudaram a acreditar mais em mim, o suficiente para encarar de frente meus projetos de vida, este trabalho incluso.

À Associação Atlética Acadêmica IV de Junho, por me proporcionar experiências providenciais na constituição de quem sou hoje, através da gestão, do esporte e do lazer. Sua história faz parte da minha.

Por fim, apesar de soar engraçado, agradeço a mim, pela dedicação, coragem e determinação em alcançar meus singelos objetivos.

## **Sumário**

<b>Resumo</b>	<b>8</b>
<b>Introdução</b>	<b>9</b>
<i>O câncer</i>	<b>9</b>
<i>Teoria da terapia cognitiva proposta por Aaron Beck</i>	<b>13</b>
<i>Câncer de mama e suas implicações</i>	<b>18</b>
<b>Considerações Finais</b>	<b>31</b>
<b>Referências</b>	<b>33</b>
<b>Anexo - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>37</b>

## **Apresentação**

Ao longo de minhas trajetórias pessoal e acadêmica, tive diversos contatos com a temática do câncer de mama. Cursando uma faculdade voltada para a área da saúde, principalmente pública, me vi inserida nos mais variados contextos de cuidado com a pessoa humana, passando de visitas às casas de usuários de policlínicas, até semestres de trabalho na Santa Casa de Santos. Dentre tantos contatos, quando me percebi realmente engajada e motivada pelos estudos e pela prática na área de saúde coletiva, as aproximações de cuidado em saúde com mulheres com câncer de mama foram as mais almejadas. Assim sendo, tive oportunidades de trabalho com tal público ao atender pacientes clinicamente no Serviço Escola de Psicologia da universidade durante cerca de um ano; pude participar e organizar, por seis meses, dinâmicas de grupo no Instituto Neo Mama, em Santos, que realiza acolhimento e assistência a tal população e, por fim, atualmente me encontro na posição de extensionista do PREAMAR, projeto para remar na recuperação da mulher após o câncer de mama.

Durante as experiências acadêmicas, práticas e teóricas, pude compreender melhor alguns aspectos do câncer de mama. É preciso ressaltar que todas as leituras foram e seguem sendo, sim, importantíssimas, mas que a dimensão prática, o contato humano e a escuta atenta foram os fatores que mais me possibilitaram compreender as dimensões da enfermidade e, assim, levantar questionamentos a respeito.

## **Resumo**

O câncer de mama é uma doença multifatorial e vem se configurando como uma importante questão de Saúde Pública. Pode ser caracterizado como um acometimento gerado pela multiplicação rápida e desordenada de células nos tecidos da mama, formando tumores no órgão afetado. Sua incidência na vida da mulher acarreta efeitos emocionais e sociais diversos, dada a simbologia conferida à mama feminina, o estigma da doença e os impactos fisiológicos do tratamento. Assim, podem ser adotadas pela paciente diferentes formas de enfrentamento diante do quadro clínico, desde estratégias adaptativas até estratégias consideradas desadaptativas, que podem gerar mais sofrimento. O presente trabalho tem por objetivo realizar uma análise teórica dos efeitos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres, a partir da teoria da terapia cognitiva proposta por Aaron Beck. A teoria cognitiva tem como proposta compreender os quadros clínicos de sofrimento psíquico a partir da interpretação dos sujeitos sobre os fatos que lhe ocorrem. Alguns deles representam real ameaça ao bem-estar e à saúde, como o câncer. Ainda assim, é possível identificar formas mais ou menos adaptativas de lidar com o evento traumático. Pretende-se identificar, portanto, como determinados constructos cognitivos corroboram para diferentes estratégias de enfrentamento da doença. Entretanto, este escrito não visa esgotar as possibilidades de análise da temática proposta, e sim constar como contribuição científica e analítica da mesma. Para alcançar o objetivo proposto foram realizadas buscas de livros que fundamentam a teoria da terapia cognitiva e o câncer de mama, bem como levantamento e seleção de artigos relacionados à temática do câncer da mama. A partir do material localizado foram propostas reflexões e análises dos aspectos psicológicos, sob a ótica da terapia cognitiva.

**Palavras-chave:** câncer de mama, mulheres, terapia cognitiva.



## **Introdução**

### *O câncer*

O câncer de mama é uma dentre as mais de 100 doenças enquadradas como “câncer” pela comunidade científica. Pode ser caracterizado como um acometimento gerado pela multiplicação rápida e desordenada de células nos tecidos da mama, formando tumores no órgão afetado. Tais tumores podem se desenvolver e evoluir de diferentes formas, o que implica então em diferentes diagnósticos, prognósticos, tratamentos e recomendações por parte da equipe de saúde (INCA, 2020). Há algumas décadas, o aspecto psicológico das pacientes com câncer de mama vem ganhando notoriedade dentre os estudos científicos, sendo que grande parte deles demonstra que “as repercussões psicológicas do câncer de mama e de seu tratamento variam conforme o momento vivenciado, dentro do contínuo que se estende desde o diagnóstico até o tratamento.” (Rossi & Santos, 2003).

Tido como uma doença multifatorial, o que significa que pode haver uma combinação de fatores de risco que levam ao seu desenvolvimento, o câncer de mama tem seu surgimento relacionado, segundo dados recentes do INCA (2020), a alguns fatores ambientais e comportamentais; a fatores da história reprodutiva e hormonal, e também a fatores genéticos e hereditários.

Ao longo dos anos, com incidência crescente entre as mulheres, o câncer de mama vem se configurando como uma importante questão de Saúde Pública (Neto & Teixeira, 2017). Números da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), instituição filiada à Organização Mundial da Saúde (WHO), referente ao ano de 2018, apontam que nos 20 anos subsequentes a incidência dos tumores de mama deve chegar a 2,1 milhões de casos no mundo, com maior prevalência em países chamados emergentes (WHO, 2020). No Brasil, as previsões indicam 66.280 novos casos para o ano de 2020 (INCA, 2020).

Tratando-se de uma enfermidade bastante conhecida pela população e abordada pelas autoridades em saúde, é natural que crie-se um imaginário social em torno do câncer. Tal percepção, construída pelo coletivo, influencia diretamente na vivência que a pessoa doente terá em relação ao acometimento.

O câncer atravessa a história da humanidade como doença recorrente em relatos médicos, sendo que primeiramente era encarada como enfermidade relacionada a maus hábitos de higiene e hábitos considerados moralmente sujos. O enfrentamento da doença foi encarado por muito tempo como reparador de possíveis pecados cometidos. Assim sendo, o doente deveria encarar de forma estoica sua provação advinda em forma de enfermidade. Com o avanço da medicina e das demais ciências biológicas, o julgamento moral sobre o desenvolvimento do câncer foi passando a ser mesclado com hipóteses ambientais e psicossociais. Por volta de 1950, com a otimização de métodos de diagnóstico e tratamento, a sobrevivência dos pacientes aumentou, criando uma nova necessidade no tratamento da doença: o acompanhamento prolongado e a necessidade de otimizar a qualidade de vida após a recuperação do enfermo (Silva, 2008).

Há de se comentar que, mesmo que tal panorama histórico não seja exclusivo sobre um tipo de câncer, é possível tomá-lo como embasamento para discutir os impactos que o câncer de mama tem no imaginário coletivo feminino. A questão social de gênero influencia diretamente na vivência da enfermidade, tendo em vista que, como apontam Ramos e Lustosa (2009), o câncer

“(...) pode abalar intensamente a identidade da mulher dado a mama ser um órgão que está relacionado à feminilidade, ao prazer, sensualidade, diferença de sexos, sexualidade, além de estar intensamente ligada à maternidade, uma vez ser fonte de alimento para o bebê.” (p. 85)

Para além do abalo à identidade feminina, marca tão dolorosa do câncer de mama, há também medos e ansiedades gerados a partir do diagnóstico. Venâncio (2004) aponta que depressão e ansiedade estão entre os acometimentos psicológicos mais frequentes entre as pacientes com câncer, e também a baixa autoestima, os sentimentos de culpa e o medo de deixar de ser sexualmente atraente. Assim, é possível relacionar diretamente as preocupações em relação aos efeitos da doença e os impactos emocionais de seu enfrentamento.

Peres e Santana (2013), ao investigar as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama, destacaram alguns aspectos como revisão da autoimagem, transposição de perdas, aceitação e colaboração, recurso à fé, reconfiguração de círculos social e familiar e, por fim, também um fenômeno chamado crescimento pós-traumático. Tal estudo foi conduzido a partir de relatos de um grupo de apoio, e representa apenas uma parcela dentro das possibilidades de repercussão emocional e psíquica nas pacientes.

Cada mulher, de acordo com sua condição socioeconômica, emocional, afetiva e mesmo espiritual, pode atribuir diferentes sentidos para a descoberta, o enfrentamento e os resultados do tratamento da doença. Segundo Pereira e Penido (2010),

“(...) a forma como o paciente interpreta sua doença, sintomas, tratamento e prognóstico irá influenciar seus sentimentos e sua reação comportamental. Essas interpretações poderão facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento (...)” (p. 197).

Neste sentido, pode-se colocar em pauta a possível influência de aspectos cognitivos na resposta individual de cada paciente. É preciso destacar, no entanto, que tais aspectos estão intrinsecamente relacionados e influenciados pelas contingências do ambiente, do momento histórico e da história de vida de cada uma.

O constructo cognitivo é particular a cada pessoa. Em situações de eventos traumáticos, como enfermidades ou situações de luto de qualquer natureza, evidencia-se que diferentes tipos de enfrentamento podem ser adotados. Segundo Santana e Lopes (2016), em casos de adoecimento grave e devido ao estresse psicológico causado, ocorre na maior parte das vezes um processamento seletivo de informações ambientais que tendem a salientar pensamentos negativos sobre si ou sobre o meio social.

No caso específico do câncer de mama, uma pesquisa por Bussing e Fischer (2009), indica que pacientes que adotam para si um significado tido como mais positivo da experiência da doença tendem a apresentar qualidade de vida superior em relação à pacientes que indicaram uma visão mais negativa do câncer. O primeiro grupo, ainda, apresentou maior uso de estilos de enfrentamento cognitivo-comportamental (coping) adaptativo.

Tendo em vista tais influências, o objetivo do presente trabalho será realizar uma análise teórica dos efeitos psicológicos do câncer de mama em mulheres, a partir da teoria da terapia cognitiva proposta por Aaron Beck ao final da década de 1950. Pretende-se identificar como determinados constructos cognitivos corroboram para diferentes estratégias de enfrentamento da doença, tendo por hipótese que constructos mais adaptativos favorecem um enfrentamento mais saudável da enfermidade. Considera-se também, nessa hipótese, que a natureza do evento traumático, bem como as circunstâncias do surgimento e tratamento da enfermidade exercem forte influência nas manifestações psicológicas das pacientes. Entretanto, este escrito não visa esgotar as possibilidades de análise da temática proposta, e sim constar como contribuição científica e analítica da mesma.

Para alcançar o objetivo proposto foram realizadas buscas de livros que fundamentam a teoria da terapia cognitiva e o câncer de mama, bem como levantamento e seleção de artigos relacionadas à temática do câncer da mama. A partir do material localizado, reflexões e análises

dos aspectos psicológicos, a partir da terapia cognitiva, foram propostas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp (4257210820).

### *Teoria da terapia cognitiva proposta por Aaron Beck*

Aaron T. Beck, em sua prática clínica ao final da década de 1950, decidiu investigar mais a fundo os quadros de pacientes em depressão, até então tratados por ele através de técnicas psicanalíticas. Conduzindo as sessões de forma a analisar alguns pensamentos que pareciam ocorrer de forma automática às pessoas por ele atendidas, Beck estava por constatar a eficácia de uma nova técnica no campo da Psicologia: a psicoterapia cognitivo-comportamental, que tem por teoria que embasa sua prática a chamada Teoria Cognitiva (Beck, 2014).

A teoria cognitiva sustenta um modo de trabalho a partir do chamado *modelo cognitivo*, que parte da hipótese “de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos.” (Beck, 2014, p. 55). Assim, são levados em consideração os significados e sentidos atribuídos pelos pacientes aos fatos de sua vida, de maneira a compreender qual o modo de operar cognitivamente de cada pessoa. Tais significados e sentidos têm sua constituição e manutenção realizadas a partir do que chamamos de crenças centrais.

As crenças centrais ou nucleares, segundo Knapp e colaboradores (2004) são “ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo” (p. 22). Representam uma modalidade cognitiva de caráter incondicional, fazendo com que os pensamentos de cada pessoa estejam em consonância com o que suas crenças delimitam (Knapp, 2004). Essas crenças surgem a partir de experiências pessoais, desde a infância. São fortalecidas por meio de processos de identificação com o meio social e da maneira como o próprio indivíduo percebe suas relações primordiais (Knapp & Beck, 2008).

Não há consenso na literatura sobre a distinção dos conceitos de crença e esquema. Na presente pesquisa, trabalharemos com a ideia de que as crenças nucleares podem ser interpretadas como o conteúdo dos esquemas, que seriam as estruturas cognitivas, segundo Knapp e colaboradores (2004).

Os esquemas são como “filtros” que configuram os aspectos cognitivos de cada indivíduo, firmando suas crenças centrais, e reforçando-as em situações de ativação de crença. São determinantes de como os fenômenos internos e externos serão processados, e de como será dada a sua conceituação cognitiva (Knapp & Beck, 2008). Ainda segundo os autores, os esquemas apresentam características variadas, como “permeabilidade, flexibilidade, amplitude, densidade e também um nível de carga emocional” (p. 57). Isso significa que, a depender do tipo de situação encarada pelo indivíduo, uma modalidade do esquema será ativada e posta em funcionamento, de acordo com a seleção de crenças e demais constituintes cognitivos que possibilitem à pessoa o enfrentamento que estiver ao seu alcance de acordo com sua conceituação cognitiva individual.

Para além do conceito de crença central, desenvolveu-se na teoria da Terapia Cognitiva demais categorias que compõem os esquemas de funcionamento. Os pensamentos automáticos por exemplo, que foram os primeiros a ser denominados por Beck dentro de sua nova teoria, tendem a decorrer de processos cognitivos rápidos e avaliativos a respeito de uma situação ou evento; despertam emoções ou comportamentos mais facilmente identificáveis do que o que motiva sua gênese (Beck, 2014). Estão diretamente ligados às crenças intermediárias, definidas por Beck (2014) como regras, pressupostos e atitudes que norteiam a visão do indivíduo sobre determinada situação. Tais crenças, também chamadas de subjacentes, influenciarão os pensamentos, sentimentos e atitudes da pessoa dentro de seu próprio esquema cognitivo.

Contida neste modelo de funcionamento psíquico está a possibilidade de desenvolvimento das chamadas crenças disfuncionais, que geram sofrimento na interpretação

dos fatos, tidos como neutros em sua maioria. São consideradas disfuncionais pois são como erros sistemáticos na interpretação de acontecimentos. Segundo Callegaro (2005),

“As crenças disfuncionais são perpetuadas através das distorções (cognitivas), modos mal-adaptativos de processar informações como, por exemplo, a hipervigilância em relação a ameaças ambientais dos pacientes ansiosos ou a excessiva e indevida responsabilização pessoal pelas falhas e erros cometidos pelos sujeitos com depressão.”  
(p.11)

As distorções cognitivas se apresentam “à medida que esquemas disfuncionais são ativados” (Knapp & Beck, 2008). Podem ser classificadas em algumas categorias de acordo com diferentes constituições cognitivas, o que não exclui a possibilidade de ocorrerem duas ou mais distorções simultaneamente à mesma pessoa. Algumas das classificações de tais distorções, segundo Knapp e Beck (2008), são: catastrofização (esperar o pior desfecho possível para as situações), emocionalização (assumir que o sentimento a respeito de algo é uma informação factual), polarização (o chamado “tudo ou nada” na terapia cognitiva, quando o indivíduo assume que há apenas um modo dicotômico de encarar os fatos), abstração seletiva (apenas aspectos negativos de uma situação são levados em consideração), leitura mental (julgar que se sabe o que outros estão pensando sem evidências factuais), rotulação (assumir um rótulo para pessoas e situações ao invés de analisar os demais aspectos constituintes das mesmas), minimização e maximização (exaltação de aspectos negativos em si, nos outros ou em situações, enquanto aspectos positivos são minimizados), e por fim, imperativos (interpretação de situações de modo que não se leva em consideração como elas são, e sim como se supõe que deveriam ser).

Tais categorias de distorção cognitiva provocam sofrimento psicológico quando ativadas. Podem suscitar sensações de ansiedade, humor deprimido, reações raivosas e demais comportamentos baseados em emoções, a partir da interpretação distorcida dos fatos. Sua função, dentre os demais constituintes cognitivos, é a de realizar a manutenção das crenças disfuncionais.

Outro aspecto cognitivo que realiza manutenção de constituintes de um determinado esquema é o que se denomina por estratégia compensatória. A função das estratégias é evitar que o indivíduo tenha contato com suas crenças nucleares e intermediárias, aliviando momentaneamente o sofrimento. Se caracterizam por comportamentos ou ações que, quando não evitam este contato, o tornam menos incômodo para o indivíduo. Há de se destacar que, segundo Beck (2014),

“a maioria das estratégias de enfrentamento consiste em comportamentos normais que todas as pessoas empregam às vezes. A dificuldade dos pacientes em sofrimento reside no uso excessivo dessas estratégias em detrimento de estratégias mais funcionais.” (p. 228)

A longo prazo, “as estratégias compensatórias podem reforçar e piorar crenças disfuncionais” (Knapp & Beck, 2008, p. 58). Tal recurso psíquico pode não favorecer o contato e o questionamento de formas comumente empregadas para lidar com situações percebidas como potencialmente ameaçadoras e danosas. No entanto, trata-se de uma das formas que o indivíduo encontra para evitar o contato com suas crenças centrais disfuncionais. Trata-se de um mecanismo psicológico que é em grande parte de natureza inconsciente. É preciso destacar, no entanto, que aqui o termo *inconsciente* é utilizado a partir da noção de *inconsciente cognitivo* defendida por Callegaro (2005), e não a partir da noção de inconsciente tão amplamente



utilizada pela psicanálise. Callegaro (2005) considera que há níveis diferentes de processamento de informações ambientais e emocionais em cada indivíduo, sendo que

“Os conteúdos conscientes provêm do processamento de informações, mas não estamos conscientes do processamento em si, somente do resultado final.” (p. 11).

Assim, o uso das estratégias compensatórias deve ser analisado a partir da história de vida, das idiossincrasias e dos recursos psicológicos desenvolvidos por cada indivíduo. É importante mencionar que tais estratégias são empregadas quando uma crença central disfuncional é ativada, o que mostra que essa pode não estar em operação a todo tempo. Evitações cognitivas, emocionais e comportamentais, podendo não ser conscientes, podem favorecer a manutenção do suposto “ajustamento” psicológico e, conseqüentemente, reduzir o sofrimento psíquico. Portanto, as estratégias compensatórias não devem ser analisadas como certas ou erradas, e sim como produtos psicológicos possíveis do indivíduo.

Outro aspecto que opera com função parecida à das estratégias compensatórias, e também serve para reforçar crenças centrais (apesar de funcionar como mecanismo de evitação das mesmas) são as regras. Tais crenças subjacentes, ou intermediárias, são expressas na forma de pensamentos com teor de obrigações. Se apresentam usualmente “na forma de afirmações do tipo ‘tenho que’ ‘devo’ (...)” (Knapp, 2004, p.25). Assim, promovendo a evitação das crenças centrais, suscitam comportamentos que o indivíduo julga afastá-lo de características pessoais que possam reforçar seus supostos aspectos inadequados ao meio social.

É preciso destacar que os comportamentos e ações individuais não são considerados como constituintes do esquema de funcionamento cognitivo, mas uma estratégia de enfrentamento a partir da configuração do mesmo. Os esquemas cognitivos são dinâmicos e operam a partir de uma lógica estrutural e adaptativa. Neste sentido, ressalta-se que o processo terapêutico como promotor de saúde mental não será o foco de análise do presente trabalho,

mas em diversos momentos da reflexão, pode auxiliar na elucidação de conceitos e práticas relacionadas à terapia cognitiva em relação ao câncer de mama.

#### *Câncer de mama e suas implicações*

Segundo Silva, Aquino e Santos (2008),

“A atividade cognitiva, ativada com o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer, pode influenciar o comportamento e as emoções do paciente, alterando a forma como ele se sente, e podendo resultar em transtornos psicológicos decorrentes de um modo distorcido de se perceber os acontecimentos, denominado distorções cognitivas.”

(p. 77)

No momento do diagnóstico, ainda segundo os autores, pode ocorrer certa dificuldade por parte das pacientes em elucidar as emoções suscitadas na situação. É mais comum observar, inclusive na clínica, que para as pacientes de câncer de mama os pensamentos automáticos surgem em primeira instância a partir do questionamento sobre como se sentiram ao receber o diagnóstico. Tal indiferenciação entre pensamentos automáticos e emoções pode se dar por diversos fatores, e neste caso a psicoterapia pode auxiliar no discernimento sobre tais aspectos.

No caso do estudo de Silva, Aquino e Santos (2008), os resultados das entrevistas com o grupo de pacientes oncológicas levou os autores a dividirem os relatos em duas categorias de sentido: os pensamentos automáticos e as emoções. Dentre os pensamentos, foram suscitadas temáticas como morte, pensamento religioso, dúvida com relação à doença e pensamento suicida. Algumas das emoções destacadas foram medo, depressão, tristeza e auto lamentação, entre outras.

Sob o espectro da teoria cognitiva, a depressão, por exemplo, é causada pelo sofrimento psicológico que surge a partir de distorções. A chamada tríade cognitiva da depressão provoca uma visão negativa sobre si, sobre o próprio entorno e sobre o futuro. Os indivíduos deprimidos

tendem a perceber a si próprios como inadequados e incapazes, dentre outras característica autodepreciativas. Observam o mundo ao redor como um ambiente hostil, no qual não se encaixam e onde percebem apenas dificuldades. O futuro, para essas pessoas, é influenciado por suas cognições negativas, e passa a representar um destino sem esperanças de alteração (Knapp, 2004).

Tendo em vista o estigma do câncer de mama e as possíveis influências de constituições cognitivas prévias ao diagnóstico, é possível correlacionar a reação depressiva de algumas mulheres à notícia da enfermidade. O câncer pode trazer reflexões sobre si, sobre trajetória pessoal e escolhas de vida. Pode desencadear pensamentos relacionados à auto responsabilização e a percepções pessimistas de futuro, mesmo que o prognóstico seja positivo em alguns dos casos.

A literatura demonstra (Pereira & Branco, 2016; Venâncio, 2004; Silva, Aquino & Santos, 2008) que em situação de enfermidade como no câncer de mama, diferentes reações emocionais podem ser vivenciadas, e diferentes estratégias de enfrentamento psicológico podem ser empregadas pelo indivíduo.

Fornazari e Ferreira (2010) destacam que “a doença leva o ser humano a deparar-se com seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte.” (p. 266). Portanto, é comum que o chamado recurso à religiosidade ou espiritualidade, também denominada por alguns autores como recurso à fé, seja adotado como estratégia. Segundo as autoras, essa é uma estratégia de enfrentamento que pode ser empregada tanto para elaborar questões voltadas ao problema em si, bem como às emoções que o fato mobiliza. Os termos religiosidade e espiritualidade tratam de aspectos diferentes, sendo que o primeiro pode ser contextualizado no tocante às instituições religiosas, enquanto o segundo estaria ligado a questões mais particulares de propósito de vida, significados espirituais atribuídos a acontecimentos e conexão com um “ser superior” (Fornazari & Ferreira, 2010).

Tem-se que as consequências do enfrentamento de cunho religioso ou espiritual podem apresentar características que vão de um extremo a outro no que diz respeito ao conceito de qualidade de vida. Segundo Fornazari e Ferreira (2010), o recurso à fé pode reduzir níveis de estresse, pois possibilita o desenvolvimento de modos adaptativos de encarar situações; pode representar um suporte emocional, uma estratégia de cura a partir da transformação da vida diante da situação de doença, e mesmo representar um instrumento que facilita a busca por um significado espiritual para a situação de sofrimento.

As autoras apontam também que o recurso à religiosidade ou à espiritualidade pode contribuir para uma sensação de delegação de controle sobre a própria vida e destino à um ser superior, o que pode aliviar as tensões relacionadas à sensação de perda de controle do próprio corpo e futuro, anteriormente relacionada à doença. Santana e Peres (2013) apresentam também como consequência positiva do recurso à fé a valorização do senso de coletividade, ocasionada a partir da “intensificação do engajamento em práticas coletivas preconizadas por uma determinada religião” (p.38).

Por outro lado, um dos aspectos negativos do recurso à fé se caracteriza pela possibilidade da não adesão ao tratamento médico da enfermidade, tendo em vista a ideia de que pode ocorrer uma cura divina (Fornazari & Ferreira, 2010). Denotado por Peres, Arantes, Lessa e Caous (2007), outro aspecto negativo do recurso à fé pode ser uma maior incidência de pensamentos negativos direcionados a si ou às situações, além da possibilidade de intensa sensação de culpa voltada para si.

Sob a ótica da terapia cognitiva, o recurso à religiosidade e/ou espiritualidade pode ser interpretado como um tipo de estratégia compensatória, a partir do momento em que surge como a forma encontrada pelo indivíduo para lidar com uma situação na qual se percebe com escassez de recursos cognitivos, comportamentais e emocionais de enfrentamento. É importante registrar que o presente estudo não está afirmando que toda expressão relacionada à

religiosidade ou espiritualidade constituiu uma estratégia compensatória, apenas que pode ser utilizada como tal.

No que tange à participação em grupos de apoio, Martins, Ouro e Neri (2015) destacam a importância terapêutica dos mesmos para o enfrentamento do câncer de mama. Segundo as autoras,

“(...) a convivência e troca de experiência com outras mulheres que também estão passando ou já passaram por problemas semelhantes ao seu agrega valor terapêutico ao grupo que, além de assistir, auxiliar e instruir, contribui para a melhora da expectativa e qualidade de vida.” (p. 134 e 135)

A participação em grupos de apoio durante ou após o tratamento do câncer também pode agregar reflexões no tocante aos significados atribuídos à doença e suas consequências. O estudo de Scorsolini-Comin, Santos e Souza (2009), por exemplo, analisa os discursos de mulheres em um grupo no qual surgiram temáticas coletivas como aspectos dos saberes sociais e científicos acerca da enfermidade e do tratamento, o preconceito e o estigma social que a mulher com câncer de mama vem a enfrentar, e questões relacionadas à identidade feminina da mulher mastectomizada. Os autores destacam o aspecto simbólico do tratamento do câncer de mama na concepção de corpo feminino destas mulheres, e como seus discursos, quando compartilhados, podem ajudar a promover alterações na forma de ver a si e aos outros durante o enfrentamento da doença. Segundo o estudo, “o espaço grupal possibilita que essas diversas imagens de mulher possam ser recompostas e elucidadas por meio da palavra” (p. 47).

Para a teoria da terapia cognitivo comportamental, tal tipo de fenômeno pode ser comparado a uma modificação de pensamentos automáticos, tendo em vista que mesmo com o

sofrimento advindo da mastectomia, pode ocorrer um enfrentamento ativo das condições corporais da enfermidade.

“(...) o que o discurso dessas mulheres mostra de forma marcada é a capacidade de adaptação que elas desenvolvem, o potencial de reconstrução que demonstram diante das imensas modificações que a doença lhes impõe. A mastectomizada busca vencer, entre outros desafios, o da aceitação de sua nova condição de mulher (...)” (Scorsolini-Comin, Santos & Souza (2009, p. 47)

Apesar de tal postura de enfrentamento representar uma possibilidade de modificação cognitiva e comportamental, Judith Beck (2014) denota que no caso das crenças intermediárias, por exemplo, existe um caminho mais extenso a ser percorrido no que tange às modificações, tendo em vista que “As crenças intermediárias, embora não tão passíveis de modificação, ainda são mais maleáveis do que as crenças nucleares.” (p. 222). Não foi possível, no entanto, delimitar com o alcance do presente estudo se a participação em grupos de apoio contribui para a modificação das crenças intermediárias propriamente ditas.

Knapp e Beck (2008) defendem que esquemas cognitivos disfuncionais podem ser ativados quando um indivíduo se depara com ocasiões análogas às que contribuíram para o desenvolvimento do esquema. Segundo os autores, “a ativação desses esquemas interfere na capacidade da avaliação objetiva de eventos, e o raciocínio torna-se prejudicado.” (p. 58).

Tomando o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama como um momento de estresse elevado, que pode favorecer o surgimento de psicopatologias (Lourenção, Junior & Luiz, 2010), é possível supor que a ativação de esquemas disfuncionais ocorra nessa circunstância. Tem-se também que essa ativação traz consigo, muitas vezes, a ocorrência de distorções cognitivas.

Apesar de ser possível que ocorram à pacientes de câncer de mama pensamentos tidos como catastróficos, dicotômicos e que seja realizada inclusive algo como uma abstração seletiva frente aos fatos da doença, é necessário afirmar que tais configurações cognitivas, ainda que nocivas à saúde mental da mulher, são muitas vezes precisas e condizentes com as realidades de prognóstico e tratamento, não podendo ser consideradas então como distorções. A ocorrência do câncer não é um fato neutro, sobre a qual seriam então plausíveis tais reações negativas. Tendo tal fato em vista, observam-se diferentes possibilidades de enfrentamento perante a realidade da doença, de acordo com características específicas de cada pessoa. Segundo Tavares e Trad (2010),

“As variáveis pessoais estão relacionadas ao paciente, como o momento do ciclo vital em que se encontra (tarefas específicas do desenvolvimento ameaçadas ou interrompidas pelo câncer), a sofisticação das habilidades pessoais, a capacidade cognitiva para lidar com situações de alto estresse, o seu locus de controle, a experiência de enfrentamento prévia com outras doenças ou com o próprio câncer, os valores morais, religiosos e crenças.” (p.1351)

As autoras denotam ainda, no estudo composto por entrevistas com mulheres acometidas pelo câncer de mama, que as estratégias de enfrentamento adotadas pelas pacientes foram a busca de informações sobre a doença, a procura por apoio social (junto da família ou de demais pacientes) e a procura imediata por atendimento médico específico. Tais estratégias representam a adoção de posturas adaptativas de enfrentamento, visando uma resolução de problemas relacionados à situação de enfermidade (Tavares & Trad, 2010). Ainda sobre o enfrentamento adaptativo da doença, Peres e Santos (2009) afirmam que tal postura promove um manejo satisfatório da “ansiedade provocada por estímulos agressivos.” (p. 617), podendo

inclusive contribuir para um prognóstico positivo. Alguns estudos que citam a psicoimunologia (Tavares & Trad, 2010; Barbosa & Santos, 2012; Lourenção, Júnior & Luiz, 2010; Lufiego, Schneider & Bós, 2017) apontam que tal manejo adaptativo do estresse pode contribuir para uma condição imunológica mais promissora no que tange às situações de doença.

Apesar dos efeitos predominantemente negativos que a vivência do câncer de mama pode provocar na vida das mulheres acometidas, estudos (Fernandes, Rodrigues, & Cavalcanti, 2004; Barbosa & Santos, 2012; Santana & Peres, 2013; Peres & Santos, 2009) apontam como efeito possível do tratamento a identificação, por parte das pacientes, de aspectos positivos em suas situações de doença. Tal processo pode surpreender, a princípio, tendo em vista o estigma e o sofrimento inerente à enfermidade. Entretanto, os achados científicos sobre tal tópico advêm de relatos coerentes com a realidade vivida de cada mulher. No estudo de Fernandes et al (2004), por exemplo, denota-se que

“... a experiência de se defrontar com uma doença grave, possibilita ao paciente se beneficiar de mudanças positivas em sua vida, tais como: ir ao encontro de alguns desejos não realizados, priorizar a busca de uma melhor qualidade de vida, exprimir sentimentos que antes eram reprimidos, satisfazer necessidades que antes eram renegadas...” (p. 32)

Ainda nesta linha, um estudo também com um grupo de mulheres acometidas pelo câncer de mama conduzido por Peres e Santana (2013), menciona o chamado “crescimento pós traumático” ao analisar alguns dos relatos, que é definido pelos autores como um conjunto de mudanças positivas na vida de um indivíduo a partir do momento em que este se depara com uma situação desestruturante. Barbosa e Santos (2012) também abordam temática semelhante, tratando a aceitação da situação de doença e o reconhecimento de novas possibilidades de



vivência do corpo e de propósitos de vida como aspectos positivos da situação de enfermidade. Peres e Santos (2009) denotam ainda que pacientes com traços de personalidade otimista tendem a “relatar benefícios emocionais e existenciais associados ao adoecimento, tanto durante o tratamento quanto após a remissão da enfermidade.” (p. 617). Somam-se a tais achados científicos a experiência acadêmica da própria autora do presente trabalho, uma vez que durante as vivências de estágio e extensão, presenciou falas proferidas por mulheres em tratamento do câncer de mama que giravam em torno da temática dos ganhos secundários, principalmente no tocante ao autocuidado e o olhar para si mesma como indivíduo com necessidades, desejos e sonhos.

Crescimento pós traumático, benefícios associados ao adoecimento e ganhos secundários são termos que correspondem a fatores semelhantes, e podem ser considerados, a partir da teoria da terapia cognitiva, como aspectos que propiciam a modificação de comportamentos e de aspectos cognitivos das pacientes, como pensamentos automáticos sobre si e sobre os outros. Apesar disso, é preciso destacar que tal revisão positiva de conceitos sobre si e sobre o mundo não ocorre com todas as mulheres e pode, se distorcida, tornar-se nociva.

Peres e Santos tratam sobre um fenômeno conhecido como “tirania do pensamento positivo” em seu estudo de 2009 sobre personalidade e câncer de mama. Sabe-se que quando ocorre em pacientes oncológicos, a tirania do pensamento positivo leva a paciente a se sentir pressionada

“... – tanto interna quanto externamente – a experimentar apenas emoções consideradas positivas e, assim, a reprimir sentimentos supostamente negativos, como se disso dependesse sua sobrevivência. Dessa maneira, enseja uma postura estereotipada, a qual frequentemente evoluiu da resignação estoica à culpabilidade, uma vez que o menor revés no tratamento abala sua sustentação.” (p. 617)

Mais uma vez, a autora do presente trabalho escreve enquanto alguém que observou os efeitos e as expressões de tal fenômeno pessoalmente. Diferentemente do crescimento pós traumático e da observação de benefícios associados à vivência do adoecimento, a tirania do pensamento positivo paira sobre as pacientes do câncer de mama como uma cruel sentinela. Torna as emoções tidas como negativas impossíveis de serem trazidas à tona, sob pena de julgamento alheio. Sentindo-se na missão de manter postura estoica e positiva durante o tratamento, as mulheres deixam muitas vezes de compartilhar aspectos importantes da vivência do câncer, que poderiam auxiliar na elaboração de processos de luto essenciais a uma vivência psicológica menos nociva do adoecimento. Como colocado por Peres e Santos (2009), tal resignação pode rapidamente transformar-se em culpabilização, uma vez que o menor sinal de piora no quadro clínico pode ativar crenças disfuncionais nas pacientes, levando-as à auto responsabilização pelo que aconteceu de “ruim”.

Sob o espectro da teoria cognitiva, a tirania do pensamento positivo pode ser considerada como um tipo de estratégia de enfrentamento de caráter desadaptativo, uma vez que com sua utilização pode ocorrer ativação de crenças disfuncionais sobre si e sobre o mundo.

A produção científica que tem por base de análise grupos de apoio compostos por mulheres em recuperação do câncer de mama é extensa. O agrupamento de mulheres em enfrentamento de uma mesma situação clínica fornece subsídio para diferentes tipos de estudos na área de Psicologia. Extensos são, também, os achados neste sentido. Em um estudo que caracterizou a resposta emocional ao câncer em mulheres de camadas populares, Peres e Santos (2007) analisaram entrevistas com base em quatro categorias de reações emocionais ao câncer de mama e seu tratamento. Para fins do presente estudo, será analisada aqui a categoria estoicismo, que se demonstrou como resposta emocional mais frequente apresentada no trabalho dos autores.

“A categoria estoicismo compreende as reações emocionais baseadas na crença de que se deve suportar heroicamente o sofrimento. Nesse caso, a doença pode ser vista como provação que deve ser aceita passivamente ou como um teste aos limites humanos diante do qual nada resta a fazer a não ser se conformar.” (Peres & Santos, 2007, p. 3)

Tendo em vista tal definição da categoria de análise, pode-se relacionar esta resposta emocional e consequente postura adotada a uma estratégia de enfrentamento pouco adaptativa. É importante lembrar que o estoicismo, e tantas outras respostas emocionais frente a adversidades, não se configuram necessariamente como uma escolha das pacientes, mas como um recurso psíquico que se encontra ao alcance delas naquele momento de suas vidas. Pode-se supor que constructos cognitivos que contenham elementos como “Não posso demonstrar fraqueza”, “Sou fraca”, “Devo suportar o sofrimento sem reclamar” podem estar presentes nas configurações de crenças centrais, subjacentes e pensamentos automáticos de tais mulheres que adotam o estoicismo como estratégia de enfrentamento. Além disso, reações emocionais relacionadas a um conformismo passivo atrelado a crenças religiosas (como o conceito de “vontade divina”) podem também caracterizar o estoicismo e até prejudicar os tratamentos biomédicos, uma vez que podem ocorrer pensamentos cujo conteúdo se assemelhe ao seguinte:

“... se tudo está predefinido pelo destino traçado para cada uma, a existência de meios eficazes para influenciar o curso aparentemente irremediável dos acontecimentos seria pouco provável.” (Peres & Santos, 2007, p.5)

Tais pensamentos podem levar a comportamentos pouco adaptativos, advindos de pensamentos e reações emocionais também disfuncionais sob o ponto de vista da teoria cognitiva.

Os impactos do câncer de mama e de seu tratamento são estudados por diversas áreas do cuidado em saúde humana. Dentre elas, destacam-se aqui a medicina e a psicologia do esporte, responsáveis por investigar e promover ações de cuidado em relação a mulheres acometidas, tanto durante quanto após o tratamento da doença.

Castro Filha et al. (2016) apontam, sobre os impactos na qualidade de vida das mulheres em tratamento, que

“A diminuição do desempenho de atividades básicas do dia a dia interfere diretamente na qualidade de vida dessas pacientes, pois passam a se sentir incapazes de desempenhar tarefas domésticas simples (...)” (p. 112).

Assim, a prática de atividade física na recuperação do câncer de mama pode surgir como fator que auxilia a ressignificação da autoimagem e da percepção de si sobre o próprio desempenho ao realizar tarefas conhecidas e/ou novas no repertório de cada mulher, uma vez que promove benefícios biopsicossociais, como: diminuição da dor, promoção de sociabilidade, aumento de força muscular e redução de fadiga (Cardoso & Ferreira, 2010; Battaglini et al., 2006; Castro Filha et al., 2016).

Como consequência dos procedimentos diagnósticos e de tratamento da enfermidade, pode ocorrer em alguns casos um edema crônico nos membros superiores de algumas mulheres, o linfedema (Bergmann, Mattos & Koifman, 2007). Também para prevenir este tipo de acometimento decorrente da doença, a prática de esporte pode auxiliar, revertendo a atrofia

muscular, estimulando o sistema imunológico e promovendo melhorias no sistema musculoesquelético (McKenzie, 1998).

Tendo em vista tais benefícios, podemos considerar que a atividade física, seja individual ou enquanto esporte coletivo, aparece como uma possibilidade de ressignificação de crenças intermediárias sobre si e sobre o mundo, além de promover também a ressignificação de pensamentos automáticos, uma vez que apresenta à mulher novas possibilidades de ação do próprio corpo, e novos significados sobre suas capacidades e habilidades.

Dentre tantos recursos que podem ser utilizados para amenizar os impactos do câncer de mama na vida de uma mulher, há de se destacar a própria terapia baseada na teoria cognitiva. O método terapêutico embasado na teoria de Aaron Beck visa promover, por meio de um processo colaborativo, maior autonomia da paciente sobre a própria vida. Para tal, a escuta, os cuidados e a troca paciente-terapeuta são realizados no sentido de auxiliar na elucidação das idiossincrasias de quem busca esse atendimento. No caso da mulher em enfrentamento do câncer de mama, a terapia cognitivo-comportamental pode representar esse espaço de ressignificação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e, em alguns casos, até de crenças centrais, promovendo pelo menos uma aproximação com as mesmas, e sempre respeitando os limites da paciente e buscando colocá-la num papel ativo de mudança da própria vida.

Estudos que correlacionam os efeitos de intervenções cognitivo-comportamentais em pacientes com câncer têm apresentado resultados promissores no que diz respeito à aplicação da prática embasada na teoria cognitiva em processos terapêuticos de mulheres com câncer. Seabra, Aguiar e Rudnicki (2016) observaram por exemplo uma redução nos sintomas psicológicos de ansiedade elevada e medo de morrer em uma paciente de câncer de mama, após 54 sessões de atendimento psicoterapêutico. Durante o mesmo, foram aplicadas técnicas como psicoeducação (acerca das causas reais do câncer de mama), técnicas de relaxamento (visando

o alívio de sintomas decorrentes do tratamento), parada de pensamento e método socrático (para identificar dados clínicos da realidade e trabalhar sobre o medo de morrer), além do exame de evidências. As autoras constataram que a ocorrência do câncer de mama pode reavivar crenças disfuncionais, e que o tratamento psicológico com base da teoria cognitiva pode contribuir para melhoras no estilo de vida, além de instrumentalizar a paciente para lidar dificuldades diversas.

Também em uma análise de casos clínicos, Vilaça (2018) observou melhoras em variáveis de *distress*, ansiedade e depressão após o tratamento psicoterápico de duas pacientes com câncer, de colo de útero e de mama, respectivamente. Através do entendimento do modelo proposto pela Terapia Cognitivo Comportamental e da ressignificação de crenças e pensamentos automáticos, as técnicas aplicadas podem

“(...) auxiliar na maximização do potencial de autocuidado, facilitando ao paciente tornar-se corresponsável por seu tratamento junto à equipe de saúde, bem como preparando-o para emitir respostas mais adaptadas à sua nova condição de saúde, seja esta temporária, durante as sessões de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia, seja permanente, decorrente de consequências do tratamento.” (Vilaça, 2018, p. 48).

Tais benefícios condizem com os demais achados científicos do presente trabalho (Vilaça, 2018), para além da constatação de que “A forma como as participantes da pesquisa percebiam a si mesmas, seus adoecimentos e suas relações interferiu sobremaneira no modo como elas agiram e reagiram ao diagnóstico de câncer.” (p. 130), que também se mostra alinhada com as reflexões anteriormente apresentadas.

Vilaça (2018) também aponta que os atendimentos psicoterapêuticos proporcionaram a possibilidade de ressignificação do câncer de processo de doença para possibilidade de autoconhecimento e auto responsabilização pelos processos de saúde e doença, mas de maneira saudável e reflexiva. O processo da terapia baseada na teoria cognitiva proporciona a este tipo

de paciente a “identificação e a resignificação das crenças disfuncionais acerca do câncer, as quais interferiam negativamente no enfrentamento da doença.” (p. 141).

### **Considerações Finais**

A crescente incidência do câncer de mama e a repercussão dos efeitos de seu tratamento fazem necessárias as reflexões, sob os espectros científico e analítico, a respeito da doença. O estigma que perpassa a incidência deste tipo de câncer exerce influência direta sobre os efeitos psicológicos de seu enfrentamento. É marcante o impacto do diagnóstico de uma doença que por muito tempo foi símbolo de impureza, somado a um tratamento que afeta aspectos estéticos e com forte simbologia no corpo da mulher. Tendo em vista a abrangência dos efeitos colaterais da enfermidade, é natural que sejam mobilizadas diferentes estratégias de enfrentamento e diferentes respostas por parte das mulheres acometidas.

Sob a ótica da teoria de Aaron Beck (2014), cada tipo de constituição cognitiva pode influenciar em um tipo de resposta a estímulos externos, sejam eles doenças, mudanças de rotina ou nas relações. Eventos traumáticos tendem a suscitar um processamento seletivo de informações do meio, focando nos aspectos negativos dos acontecimentos. Assim, dependendo da configuração das crenças, regras e demais constituintes cognitivos de uma mulher, ela pode adotar diferentes estratégias para lidar com a situação de enfermidade. É preciso destacar que o câncer de mama não é um fato neutro, e que a tristeza, algum nível de ansiedade e de desorganização mental podem ser considerados comuns devido ao impacto do trauma. Destaca-se ainda que a flexibilização de pensamentos automáticos e crenças é importante para um enfrentamento mais saudável dos fatos.

O meio social da mulher também exerce importante influência em relação a como serão encarados o diagnóstico e o tratamento. Ter uma rede de apoio para compartilhar as dificuldades e reflexões sobre a enfermidade é um importante fator para que ocorra um melhor

enfrentamento da doença. Podemos considerar que uma mulher com mais recursos cognitivos, mas com uma rede de apoio escassa, ainda que tenha um enfrentamento ativo da situação, pode vir a sofrer um nível de impacto semelhante ao de uma mulher com recursos cognitivos mais escassos e enfrentamento passivo, mas com uma rede de apoio acolhedora. Salienta-se aqui que assumir uma postura ativa de enfrentamento de uma situação traumática pode expandir o repertório cognitivo de uma pessoa.



## Referências

- Barbosa, M. R., Santos, F. U. (2012). Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 8, (1), 10-8.
- Battaglini, C., Bottaro, M., Dennehy, C., Barfoot, D., Shields, E., Kirk, D., Hackney, A. C. (2006). Efeitos do treinamento de resistência na força muscular e níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 12, (3), 153-158.
- Beck, J. S. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (2. Ed) Artmed: Porto Alegre.
- Bergmann, A., Mattos, I. E., Koifman, R. J. (2007) Incidência e prevalência de linfedema após tratamento cirúrgico do câncer de mama: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53, (4), 461-470.
- Bussing, A., & Fischer, J. (2009). Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Womens Health*, 9, (2), 1-11.
- Callegaro, M. M. (2005). A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, (1), 9-20.
- Cardoso, F. S., Ferreira, E. L. (2010). Um olhar sobre o câncer de mama: a atividade física e seu significado para mulheres participantes de grupo de apoio. *Revista Rua*, 16 (1), 193-220, Campinas.
- Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., Cavalcanti, P. P. (2004). Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, (1), 31-4, Brasília.
- Filha, J. G. L. C., Miranda, A. K. P., Júnior, F. F. M., Costa, H. A., Figueiredo, K. R. F. V., Junior, M. N. S. O., Garcia, J. B. S. (2016). Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 38, (2), 107-114.

- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. El R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, (2), 265-272.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, (Supl II), 54-64.
- Knapp, P. & colaboradores. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Artmed: Porto Alegre.
- Lourenção, V. C., Junior, R. S., Luiz, A. M. G. (2010). Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5, (2).
- Lufiego, C. A. F., Schneider, R. H., & Bós, A. J. G. (2017). Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18, (3), 789-800.
- Martins, A. R. B., Ouro, T. A. do, Neri, M. (2015). Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de apoio para mulheres com câncer de mama. *Rev. SBPH*. 18, (1), 131-151.
- McKenzie, D. C. (1998). Abreast in a Boat - a race against breast cancer. *Canadian Medical Association Journal*. 159, (4), 376-378.
- Ministério da Saúde (2020). INCA. Estimativa de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
- Neto, L. A. A., & Teixeira, L. A. (2017). De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 12, (1), 173-188.
- Pereira, F. M., & Penido, M. A. (2010). Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6, (2), 189-220.

Pereira, T. B., & Branco, V. L. (2016). As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Rev. Psicol. Saúde*, 8, (1), Campo Grande.

Peres, M. F. P., Arantes, A. C. L. Q., Lessa, P. S. & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (34), supl 1, 82-87.

Peres, R. S., Santos, M. A. dos. (2007). Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 786-791.

Peres, R. S., Santos, M. A. dos. (2009). Personalidade e Câncer de Mama: Produção Científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (25), 4, 611-620, Brasília.

Ramos, B.F., & Lustosa, M. A. (2009). Câncer de mama feminino e psicologia. *Revista da SBPH*, 12, (1), 85-97.

Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: ciência e profissão*, 23, (4), 32-41.

Santana, V. S., & Lopes, R. F. F. (2016). Coping cards com pacientes oncológicos: uma proposta de instrumento psicoeducativo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12, (1), 12-19.

Santana, V. S., & Peres, R. S. (2013). Perdas e ganhos: compreendendo as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama. *Aletheia: Canoas*, 40, 31-42.

- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A. dos, & Souza, L. V. e. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia*. Natal, 14, (1), 41-50.
- Seabra, C. R., Aguiar, M. & Rudnicki, T. (2016). Intervenções cognitivo-comportamentais no câncer de mama: relato de uma experiência. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, Canoas, 4, (1), 69-77.
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A., & Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4, (2).
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13, (2), 231-237.
- Tavares, J. S. C., & Trad, L. A. B. (2010). Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, (1), 1349-1358.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50, (1), 55-63.
- Vilaça, A. P. O. (2018). A Psico-Oncologia à luz da Terapia Cognitivo-Comportamental: modelo cognitivo funcional para paciente portador de câncer. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 158 f.
- Wild C.P., Weiderpass E., Stewart B.W., editors. (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. International Agency for Research on Cancer: Lyon, France, 25.

## ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP



# COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 30 de agosto de 2020  
CEP N 4257210820

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a): Ricardo Da Costa Padovani

Depto/Disc: Saúde, Educação E Sociedade / Psicologia Cognitivo-comportamental

Ricardo Da Costa Padovani (orientador)

Título do projeto: "Impacto psicológico do câncer de mama a partir da teoria da terapia cognitiva: uma revisão da literatura".

### Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa UNIFESP/HSP

Trata-se de projeto com a participação da aluna de graduação, BARBARA VIDAL LOGULLO, do Curso de Psicologia, UNIFESP. Orientação: Prof. Dr. Prof. Dr. Ricardo da Costa Padovani.

O câncer de mama é uma doença multifatorial e vem se configurando como uma importante questão de Saúde Pública. Pode ser caracterizado como um acometimento gerado pela multiplicação rápida e desordenada de células nos tecidos da mama, formando tumores no órgão afetado. O objetivo do presente trabalho será realizar uma revisão da literatura dos efeitos psicológicos do câncer de mama em mulheres, a partir da teoria da terapia cognitiva. Pretendese identificar como determinados constructos cognitivos corroboram para diferentes estratégias de enfrentamento da doença, tendo por hipótese que constructos mais adaptativos favorecem um enfrentamento mais saudável da enfermidade. Trata-se, portanto, de um estudo de revisão da literatura. Pretende-se identificar como determinados constructos cognitivos corroboram para diferentes estratégias de enfrentamento da doença. Entretanto, este escrito não visa esgotar as possibilidades de análise da temática proposta, e sim constar como contribuição científica e analítica da mesma. Para alcançar o objetivo proposto serão realizadas buscas de livros que fundamentam a teoria da terapia cognitiva e o câncer de mama, bem como levantamento e seleção de artigos relacionados à temática do câncer da mama. A partir do material localizado serão propostas reflexões e análises dos aspectos psicológicos, a partir da terapia cognitiva.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo, na reunião de 30/08/2020, **ANALISOU** e **APROVOU** o protocolo de estudo acima referenciado. A partir desta data, é dever do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do protocolo.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do protocolo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. **Relatórios parciais** de andamento deverão ser enviados **anualmente** ao CEP até a conclusão do protocolo.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge**

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo